

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS**

TEFAP  CSFP

**For DS Use Only**  
*(Solo para uso de DS):*  
Date:  
Client ID#:  
DS:

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Género (Opcional):  Masculino  Femenino  No divulgado

Estado Civil (Opcional):  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  No divulgado  
 Matrimonio por convivencia

Dirección (Núm., Calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ El correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda (Opcional):  Refugio de emergencia/Misión/Transición  Evacuado  Sin hogar  
 En hogar propio  Alquiler privado  Vivienda pública (Social)  
 Con familia o amigos  Hogar/Refugio para jóvenes  No divulgado  Otro  
 Sin dirección fija/No divulgada

Idioma (Opcional): \_\_\_\_\_

Etnia (Se REQUIERE para el CSFP):  Blanca/Anglo  Negra/Afroamericana  Hispánica/Latina  
 Indígena de la Polinesia  Asiática  Indígena de los EE.UU.  
 Nativo de Alaska/Aleutiano/Esquimal  Mediorienta/Norafricano  Otro

Autoidentificación de (Opcional):  Discapacidad  No divulgado  Veterano  Enfermedad mental  N/A  
 Embarazo  Posparto  Lactancia materna  Otro

**AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN**

Entiendo que tengo que recoger mi comida regularmente y que si no recojo mi comida puede terminarse mi participación en el CSFP. En caso de que no puede recoger mi comida, por favor, entréguésela a:

Nombre(s) en letra de molde del representante(s): \_\_\_\_\_

Esta solicitud se está llenando en relación con la recepción de asistencia Federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la falsificación deliberada puede ser motivo de procesamiento según los estatutos Estatales y Federales que correspondan. Clientes del CSFP: Soy consciente de que la información proporcionada puede compartirse con otras organizaciones para detectar y evitar la participación doble. Me han informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que proporcioné para mi determinación de elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programa de asistencia para determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Por favor, indique la decisión marcando la casilla correspondiente.)

Sí  No

Certifico que mi ingreso familiar bruto es igual o inferior al índice de pobreza federal aceptable para el programa al que solicito. He revisado la tabla de elegibilidad de ingresos actual y recibí una explicación de los ingresos contables y no contables.

Nombre del Solicitante (En letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 1**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge  Hijo/a  Padre o Madre  Hermano/a  Abuelo/a  Otro pariente  
 Novio/a  Amigo/a  No divulgado

Género (Opcional):  Masculino  Femenino  No divulgado

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 2**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge  Hijo/a  Padre o Madre  Hermano/a  Abuelo/a  Otro pariente  
 Novio/a  Amigo/a  No divulgado

Género (Opcional):  Masculino  Femenino  No divulgado

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 3**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge  Hijo/a  Padre o Madre  Hermano/a  Abuelo/a  Otro pariente  
 Novio/a  Amigo/a  No divulgado

Género (Opcional):  Masculino  Femenino  No divulgado

**EL SOLICITANTE RECIBE LO SIGUIENTE**

- Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP por sus siglas en inglés)
- Programa Suplementario de Comestibles Básicos (CSFP por sus siglas en inglés)
- Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

Miembros del Hogar (continuación)

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género (M-F-NR)	Relación

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido para las personas con discapacidades. Servicios TTY/TDD 7-1-1. Available in English online or at the local office.